Die

traumatische Hysterie

beim Manne.

INAUGURAL-DISSERTATION

der medicinischen Facultät

der

KAISER-WILHELMS-UNIVERSITÄT STRASSBURG

zur Erlangung der Doctorwürde

vorgelegt von

Norbert Auerbach,
cand. med.

BERLIN.
Druck von Leonhard Simion.

1889

Gedruckt mit Genehmigung der medicinischen Facultät der Universität Strassburg.

Referent: **Prof. Dr. Jolly.**

Seiner theuren Mutter

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Von jeher mussten die wunderbaren und mannigfaltigen Krankheitserscheinungen, welche zuweilen nach ganz geringfügigen Traumen, oft erst nach einigen Tagen oder Wochen dennoch in unverkennbarer Beziehung zu dem vorausgegangenen Unfalle auftraten, die Aufmerksamkeit der Ärzte auf sich ziehen. Als die wissenschaftliche Medicin begann, für Krankheitsbilder im Leben pathologisch-anatomische Veränderungen als Grundlage aufzustellen, blieben auch noch viele dieser Fälle ein Rätsel, indem die Geringfügigkeit oder der gänzliche Mangel von Befunden bei den allerdings recht seltenen Autopsien mit den grossartigen und ausgedehnten Symptomen während des Lebens in keinem Einklange zu stehen schienen. Erst in den letzten Jahrzehnten, wo die Fortschritte der Industrie und des Verkehrs leider häufigere Gelegenheit zu Beobachtungen gaben, ist es gelungen, das Dunkel ein wenig zu lichten und wissenschaftliche Erklärungen für diese Zustände aufzubauen. Diese Fälle haben ausser dem wissenschaftlichen Interesse, welches sie darbieten, eine eminent praktische Bedeutung durch das Haftpflichtgesetz gewonnen, ein Gesetz, das den Arbeitgeber für alle im Betriebe sich ereignenden Schädigungen und Verletzungen des Arbeiters oder der angestellten Beamten haftbar macht, ihm die Verpflichtung auferlegt, den Arbeitsunfähigen dauernd zu unterhalten. Begreiflicher Weise finden sich stets Leute, die aus diesem Gesetze unrechtmässige Vorteile zu ziehen suchen, und es wird somit dem über die Frage der Zusammengehörigkeit von Unfall und Erkrankung entscheidenden Arzte die Pflicht nahe gelegt, wirkliche Schädigung von Übertreibung und Simulation zu trennen. Die meisten der hierher gehörigen Patienten zeigen Symptome, welche auf Läsionen von Rückenmark und Gehirn hinweisen, und so kommt es, dass die zahlreichsten Beobachtungen das Krankheitsbild der „Rückenmarkserschütterung“ betreffen.

Erichsen, dem wir die erste ausführlichere und ausgezeichnete Studie über „Rückenmarkserschütterungen“ verdanken, ist der Ansicht,

dass die älteren Wund- und Nervenärzte mit diesem einen Ausdrucke vier in pathologischer Hinsicht deutlich unterschiedene Zustände gemeint haben:

1. Ein Schütteln oder Stossen des Rückenmarkes, wodurch dessen Funktionen mehr oder weniger gestört werden, ohne dass man mit unbewaffnetem Auge irgend welche deutliche Verletzung unterscheiden kann.
2. Zusammendruck des Rückenmarkes durch Blutextravasat.
3. Druck auf das Rückenmark durch entzündliche Ausschwitzungen im Rückgratskanal, mögen diese aus wässeriger Flüssigkeit, aus Lymphe oder Eiter bestehen.
4. Chronische Veränderungen in dem Bau des Rückenmarkes als Folge mangelhafter Ernährung, verursacht durch einen der vorhergehenden Zustände, besonders aber den dritten.

Diese verschiedenen Zustände weichen in Symptomen und Wirkungen bedeutend von einander ab und haben nur das gemein, dass sie keine äusserlich deutliche Verletzung darbieten, weder Wunde noch Verrenkung oder Bruch der Wirbelsäule.

Erichsen selbst unterscheidet:

1. Schwere Formen der Rückenmarkserschütterung, herbeigeführt durch direkte und starke Verletzung des Rückenmarkes.
2. Leichtere Formen der Rückenmarkserschütterung.
3. Rückenmarkserschütterungen infolge Erschütterung des ganzen Körpers.

Die schweren Formen können endigen:

a) in vollständiger Wiederherstellung nach kürzerer oder längerer Zeit;
b) in unvollkommener Wiederherstellung;
c) in anhaltender Krankheit des Rückenmarkes und seiner Häute;
d) in Tod.

Der Tod kann herbeigeführt werden:

α) durch Blutungen innerhalb des Rückgratkanales;
β) durch Zerreissung der Rückenmarkshäute und Austritt der Marksubstanz;
γ) durch Strukturveränderungen, vielleicht Erweichung des Rückenmarkes durch Entzündung.

Die schweren Formen der Rückenmarkserschütterung können bei allen Unfällen, besonders bei direkter Gewalt entstehen. Allein bei anderen Unfällen ist die Gelegenheit zu schwerer Gewalteinwirkung auf das Rückenmark kaum so sehr gegeben wie bei denen der Eisenbahn, und nur durch die ungemeine Heftigkeit der Symptome nehmen die hierbei erfolgten Rückenmarkserschütterungen eine gesonderte Stellung ein. Doch bedarf es keineswegs immer, um bleibende Veränderungen

im Rückenmark herbeizuführen, bedeutender mechanischer Gewalt; auch schon leichtere Schläge auf den Rücken oder selbst entferntere Körperteile können organische Läsionen des Rückenmarkes veranlassen.

Schon Abercrombie schreibt 1829: „Chronische Entzündungen des Rückenmarks und seiner Häute können auf leichte Verletzungen des Marks erfolgen.“ Nach Erichsen ist die unmittelbare Wirkung meistens eine Entzündung akuter oder chronischer Art, und diese breitet sich in versteckter Weise sogar nach Verletzungen aus, welche anfangs kaum beachtet wurden.

Bei vielen Fällen von Rückenmarkserschütterung tritt zu dieser eine Verletzung der ligamenta und Knochen der Wirbelsäule. Diesen Verletzungen legt Erichsen keine Bedeutung bei, „weil sie das Rückenmarksleiden weder verursachen noch verschlimmern.“ „Es kommt nur auf die Verletzung des nervösen Organs, nicht auf die der umhüllenden Teile an.“

Einer der merkwürdigsten Umstände bei Rückgratsverletzungen ist das Missverhältniss zwischen dem anscheinend kleinen Unfalle und dem wirklichen Schaden, den er verursacht; auch wenn äusserlich nichts von einer Verletzung zu bemerken ist, entwickeln sich oft die ernstlichsten, hartnäckig fortschreitenden Symptome einer Rückenmarkserschütterung.

Für die leichteren Formen dieser Krankheit, welche gewöhnlich unmittelbar nach dem Unfalle keine besonderen Erscheinungen zeigen, während die Symptome der ernstlichen Erkrankung erst nach Tagen und Wochen auftreten, auch für diese Fälle, von deren primärer durch die Erschütterung bedingten Läsion im Rückenmark Erichsen, wie er selbst gesteht, sich keine Vorstellung bilden kann, nimmt er an, dass die sekundären Symptome eben die, welche nach einiger Zeit auftreten, entzündlicher Natur sind, auf chronischer Meningitis oder Myelitis beruhen.

Die Symptome sind in der ersten Zeit Klagen über Erschlaffung, Müdigkeit und Unfähigkeit zu geistigen und körperlichen Anstrengungen. Bald darauf stellen sich Schmerzen ein, Zittern und Einschlafen der Beine, dann beständiger, meist an einer Stelle lokalisirter Schmerz und Steifheit im Rückgrat, endlich Gedankenverwirrung und Anzeichen eines Gehirnleidens, Afficirung der Sinnesorgane, Verlust der Bewegungskraft und eigentümlicher Gang.

Hinsichtlich des Zeitraums, in welchem sich die deutlichen, so mannigfaltigen Krankheitserscheinungen entwickeln, findet grosse Verschiedenheit statt. Zuweilen geschieht dies sogleich nach dem Unfalle, zuweilen erst nach mehreren Wochen oder Monaten; aber bis dahin wird man bemerken, dass der Zustand des Leidenden in geistiger wie in körperlicher Hinsicht ein anderer geworden ist. „Seine Freunde sowohl als er selbst fühlen, dass er nicht mehr derselbe ist. Er hat seine Energie, seine Fähigkeit und seine Lust zu Beschäftigungen ver-

loren, sieht krank und elend aus und ist oft reizbar und leicht ermüdet. Noch glaubt er sich nicht ernstlich und dauernd verletzt, versucht zu arbeiten, findet dies aber sehr schwer, ruht aus, versucht die Wirkungen einer Luft- und Ortsveränderung, zieht verschiedene Aerzte zu Rathe und findet, dass ihm alles nichts hilft. Nach und nach befestigen sich mehr die Symptome, und endlich überzeugt er sich mit Ergebung, dass er ernstlicher verletzt worden ist, als er anfänglich geglaubt, dass seine Nervenkraft in einem gewissen Grade gebrochen, und aus dem energischen Geschäftsmanne, der er früher war, ein Schwächling geworden ist, unfähig den Pflichten des gewöhnlichen Lebens nachzukommen."

„Solange er sich ruhig verhält, fühlt er sich noch ziemlich wohl, aber jeder Versuch, die gewöhnlichen körperlichen oder geistigen Beschäftigungen wieder aufzunehmen, bringt alle Gefühle oder Zeichen von nervöser Schwäche oder Reizbarkeit, welche diese Verletzungen charakterisiren, wieder hervor, wozu sich dann die oben erwähnten ernsteren Symptome allmählich gesellen, welche augenscheinlich die Folgen einer chronischen Krankheit des Rückenmarkes und seiner Häute sind."

Erichsen betont das Schwanken in der Intensität der Symptome. Bei genauer Untersuchung zeigt sich, dass in den Zeiten, während welcher die Patienten sich so wohl fühlen, dass sie zu ihrem früheren Berufe zurückzukehren versuchen, die Erscheinungen nur gemindert, nie ganz geschwunden sind.

Für diese typischen, meist nach Eisenbahnunfällen entstehenden und daher mit dem Namen „Railway spine" bezeichneten, chronisch verlaufenden Krankheitserscheinungen nimmt Erichsen als pathologische Veränderungen an „chronische und subakute Entzündung der Häute wie des Marks selbst, wobei in der Substanz des letzteren jene Veränderungen herbeigeführt werden, welche eine Folge chronischer Entzündung sind". Die cerebralen Symptome führt Erichsen, sich auf Ollivier's Beobachtungen stützend, auf eine gleichzeitig mehr oder weniger ausgebreitete Entzündung in den Hirnhäuten zurück. „Diese Komplikation der Cerebralaffektion ist nur eine einfache Folge der Entzündung, welche sich in den überall zusammenhängenden Häuten fortsetzt."

Der Schmerz im Rückgrat, die Steifheit der Wirbelsäule sind nach Erichsen die Wirkungen der Spinal-Meningitis. Falls der Schmerz auf Druck zunimmt, darf man auf Myelitis schliessen.

Die Sensibilitätsstörungen, die Parästhesien und Paresen sind auch nach Ollivier's Anschauung charakteristische Symptome der Spinal-Meningitis, besonders aber der Myelitis. Die Unterschiede bei den verschiedenen Fällen von Rückenmarkserschütterung hängen theilweise davon ab, ob Meningitis oder Myelitis vorherrscht und grossentheils davon, wo und wie die Entzündung sich im Inneren des Rückgratskanales ausgebreitet hat, und welche Veränderungen in der Struktur der Häute und des Rückenmarkes hervorgegangen sind.

Mit Entrüstung weist Erichsen die Anschauung zurück, dass der geschilderte Symptomen-Komplex der „Railway-spine“ der Hysterie angehöre.

Hysterie, sagt er, ist eine Krankheit der Weiber, kommt bei erregbaren, phantasievollen, jugendlichen Personen vor, während von dieser Krankheit meist Männer in der Vollkraft der Jahre betroffen werden. Ganz anders ist auch das Verhalten der Symptome hier: Ihre langsame Entwicklung, ihre trotz gelegentlicher Schwankungen und Unterbrechungen beständige Zunahme, sowie die immer stattfindenden grösseren und geringeren Lähmungen des Empfindungs- oder Bewegungsvermögens oder beider. Die geistigen Aufregungszustände erklärten sich daraus, dass die Verletzten sehen, dass es mit ihrer Gesundheit immer mehr Berg ab geht.

„Dass ein solcher Dulder einmal seine Kraft sinken fühlt und sich einer Gemüthsaufregung hingiebt, ist natürlich genug.“

Die Prognose ist durchaus ungünstig. Die Erscheinungen verschlimmern sich immer mehr und mehr und der Tod tritt nach 3 bis 4 Jahren ein.

Erichsen hat niemals einen Patienten dieser Art genesen sehen. Für jugendliche Patienten giebt dieser Autor die Möglichkeit einer vollständigen Wiederherstellung der Funktionen zu, wenn die Symptome das erste Stadium nicht überschritten und wenn keine Entzündung des Rückenmarkes und seiner Häute stattgefunden hat.

Als Resultat seiner Beobachtungen giebt er an: Kein Patient, bei welchem ein Jahr lang sich die Symptome einer chronischen Entzündung im Rückenmark und seinen Häuten zeigen, wird wieder so gesund, wie er vor dem Unfalle war. Möglich ist es, dass er 15—20 Jahre lebt, gewöhnlich aber stirbt er nach 3—4 Jahren.

Die Therapie hat in der ersten Zeit nach dem Unfalle für unbedingte Ruhe zu sorgen und Antiphlogose zu versuchen. Für die späteren Stadien gelten die allgemeinen Regeln für die Behandlung von Rückenmarkskrankheiten, nebenbei erweisen sich Quecksilbersublimat mit Chinin, sowie Strychnin und Eisen als nützlich.

Unser berühmter englischer Chirurg führt also die im Anschluss an Traumen entstehenden chronischen, oben geschilderten Erscheinungen auf Entzündungen des Central-Nervensystems zurück. Die psychischen Störungen sollen die Folge einer Arachnitis oder ohne organische Veränderungen lediglich der Ausfluss der langwierigen Leiden sein.

Erwähnen will ich nur noch, dass zur Zeit, als Erichsen seine Beobachtungen machte, in England ein Haftpflichtgesetz für die Eisenbahnen schon bestand.

Sehen wir nun, wie sich 13 Jahre später ein deutscher Eisenbahnarzt Riegler zu dem Symptomen-Komplex der Railway-spine, der in dieser Zeit auch in Deutschland häufiger geworden war, stellt. Ausserordentlich interessant ist seine Statistik. Bei der Bahn, bei welcher

Riegler angestellt war, wurden bis zum Juni des Jahres 1871 d. h. bis zur Einführung des Haftpflichtgesetzes bei 19 Zusammenstössen und 15 Entgleisungen angeblich 6 Personen dauernd in ihrer Gesundheit geschädigt. In den darauf folgenden 5½ Jahren sollten bei 12 Zusammenstössen und 7 Entgleisungen 30 Personen in gleicher Weise betroffen sein, so dass mit der Emanation des Haftpflichtgesetzes die Zahl der Eisenbahninvaliden auf das Neunfache stieg. Ausdrücklich bemerkt R., dass die mechanischen Momente bei den betreffenden Unfällen in beiden Zeitabschnitten genau dieselben waren, ja, dass die heftigeren Zusammenstösse in früheren Perioden häufiger vorkamen. Ueberdies stehe das wirkliche Vorhandensein der erlittenen Beschädigung, wenigstens in der Bedeutung, welche derselben von den Verletzten beigelegt wurde, selbst bei den vor 1871 beschädigten 6 Personen keineswegs unzweifelhaft fest. Somit lasse das enorme Anwachsen der Eisenbahninvaliden keine andere Deutung zu, als dass vielfach die durch das Gesetz verschärften Haftverbindlichkeiten der Eisenbahngesellschaften von solchen missbräuchlich in Anspruch genommen wurden, bei denen keine oder doch keine so ernste Verletzung vorlag, wie die Betreffenden es von sich glauben zu machen wussten. Von 36 Fällen angeblicher Erwerbsunfähigkeit weisen 28 Symptome von Seiten des Rückenmarkes auf, und diese Fälle betrafen sämtlich Beamte der Eisenbahn oder Post. Nur ein einziger Fall bald vorübergehender Arbeitsunfähigkeit infolge von Erschütterung des Rückenmarkes kam auf Seiten des reisenden Publikums zur Beobachtung.

Trotz seiner sonstigen Zweifel macht Riegler darauf aufmerksam, dass auch bei Eisenbahnzusammenstössen leichterer Art, wo ernstere chirurgische Verletzungen ausgeschlossen sind, doch noch die Bedingungen gegeben sind, um Erkrankungen des Rückenmarkes bei einzelnen der an dem Unfalle Beteiligten herbeizuführen. Alle Verletzungen, selbst scheinbar leichtere, welche durch Eisenbahnunfälle veranlasst werden, erhalten unter Umständen dadurch eine besondere Bedeutung, dass sich bei ihnen, relativ nicht selten, der Einfluss des „Shock's“ bemerklich macht. Auch der Beobachtung Hood's, dass nach Eisenbahnunfällen lediglich infolge des dabei erlittenen Schrecks und der allgemeinen Erschütterung des Körpers grosse und andauernde Schwäche der Herzthätigkeit vorkommt, sowie allgemeines Darniederliegen der Kräfte, Neigung zu Ohnmachten etc. selbst Jahre hindurch, schliesst sich der deutsche Autor auf Grund einer bei einer zuvor rüstigen Frau gemachten Erfahrung an. Dass durch den Shock eine dauernde Affektion des Rückenmarkes veranlasst werden kann, bezweifelt er.*)

Der Shock tritt namentlich auf, wenn die verletzende Gewalt

*) Beiläufig mag die von Groeningen gegebene Definition des „Shocks“ erwähnt werden. „Der Shock ist durch heftige Insulte bewirkte Erschöpfung der medulla oblongata und des Rückenmarks.“

stumpfwinklig auf den Körper auftrifft, wie dies bei Eisenbahnunfällen so leicht der Fall sein kann; dazu kommt, dass „das Unerwartete und Plötzliche der Katastrophe mehr oder minder auch bei kräftigeren Naturen eine physische Prädisposition bedingt".

Häufig auch erscheinen Verletzungen infolge des ungünstigen Allgemeinbefindens, welches man fälschlich ihnen, anstatt dem gleichzeitigen Shock zur Last legt, ernster, als sie in Wirklichkeit es sind, und selbst wo absolut keine anatomische Läsion vorliegt, kann der Shock in der ersten Zeit nach dem Unfalle leicht den Verdacht einer inneren Verletzung, speziell einer Verletzung des Rückenmarks erwecken, „da unter seiner Vermittlung auch gern jener eigentümliche Zustand sich entwickelt, welchen wir als „Spinalirritation" zu bezeichnen pflegen, und dessen Unterscheidung von organischen Rückenmarkskrankheiten oft so besonders schwierig erscheint". So können die Umstände leicht eine Täuschung herbeiführen, zumal Gewinnsucht und nicht selten auch Selbstbetrug in gleicher Richtung wirken.

Materielle Veränderungen in dem Centralnervensystem können sich nach Riegler entwickeln nur bei Einwirkung sehr grosser mechanischer Gewalt, die immer Quetschung und Zerreissung der Weichtheile an dem Punkte der Einwirkung zurücklässt. Jedoch, wenn die Betroffenen dem Orte des Unfalles den Rücken zuwandten, giebt er die Möglichkeit einer organischen Läsion des Rückenmarkes auch ohne sichtbare Verletzungen selbst bei leichteren Eisenbahnzusammenstössen zu, weil bei der angegebenen Haltung eine plötzliche Einknickung der Wirbelsäule nach hinten erfolgen kann.

Wie kann man nun Simulation erkennen?

Der Simulant tappt anfänglich nach den verschiedenartigsten Symptomen umher, die jedes Zusammenhanges unter sich oder mit dem angeblich vorhandenen Grundleiden entbehren. Erst allmählich kommt in die Angaben eine gewisse Methode, welche sich nur aus den wiederholten ärztlichen Untersuchungen erklären lässt, denen sie unterworfen wurden, und bei denen sie Acht gaben, auf welche Punkte besonders die ärztliche Aufmerksamkeit sich hinlenkte. Vieles erst in sie Hineinexaminirte wird später von ihnen als selbst an sich Beobachtetes produzirt, wodurch sie sehr leicht die Meinung des späteren Beobachters irre leiten. Die Steigerung und Beschleunigung der Herzthätigkeit, die man sehr wohl bei Simulanten finden kann, erklären sich leicht als Folge psychischer Affekte, und „es ist begreiflich, dass besonders betrügerische Explorande bei der ärztlichen Untersuchung sich in einer peinlichen Aufregung befinden".

Sehen wir von den Fällen ab, die Riegler als Simulation ausscheidet, so bleibt eine noch relativ grosse Anzahl mittelschwerer Fälle, bei denen ein Unfall Erwerbsunfähigkeit hervorgebracht hat. Die Symptome ihrer Krankheit sollen in hervorragender Weise spinale, selten nur cerebrale sein und diese dann in der Form tiefer hysterischer Ver-

stimmung. Als Prädisposition nimmt unser Autor eine durch die Berufsthätigkeit hervorgebrachte Irritation der Nervencentra an. Die Depressions- und Angstvorstellungen besonders sind durch den psychischen Eindruck der gefahrvollen Katastrophe veranlasst. „Wenn schon das Gewaltsame, Plötzliche und Schreckenerregende, was mit den Unfällen auf der Eisenbahn verknüpft ist, auf jeden Beteiligten einen tiefen und dauernden Eindruck macht, so erfolgt eine um so nachhaltigere Wirkung bei den im Fahrdienst Angestellten, als die Betreffenden sich bewusst sind, mehr wie jeder andere dem wiederholten Eintritte eines derartigen Ereignisses ausgesetzt zu sein.“ Für diese Fälle mit so hervorragender Beteiligung der Affekte, wodurch im hohen Grade die Freiheit des Willens beeinflusst werde, schlägt er die Bezeichnung „Siderodromophobie“ vor. Die Entstehung dieser psychischen Abnormität noch dazu bei an rauher Thätigkeit Gewöhnten lässt sich unschwer verfolgen. Unmittelbar nach überstandenem Unfalle wird der zu Siderodromophobie Disponirte sich infolge des Shocks im ganzen Körper wie zerschlagen fühlen. Von allerlei abnormen Sensationen, besonders solchen, welche auf einen spinalen Ursprung deuten, geplagt und der geistigen Energie heraubt, wird er über seinen Zustand selber getäuscht und sich leicht für ernstlicher beschädigt halten. In einigen Tagen verlieren sich nun zwar zumeist die ersten Wirkungen des Shocks, doch beginnen dafür jetzt die Erscheinungen der Siderodromophobie wirksam zu werden. Sehr bald machen sich auch die schädlichen Folgen der Ruhe und der Unthätigkeit bemerklich, zumal es sich hier um Individuen handelt, welche gewöhnt sind, ein sehr unruhiges und bewegtes Leben zu führen. In früherer Zeit, wo die Verpflichtung der Unternehmer zur Entschädigung bei Körperverletzungen eine weit beschränktere war, zwang die Sorge um die Existenz den mit Siderodromophobie Behafteten mit Aufgebot aller Kraft, die psychische Verstimmung zu überwinden und trotz heftigsten Widerstrebens die gewohnte Thätigkeit wieder aufzunehmen. Gerade hierdurch aber erstarkte er auf's Neue und überwand auch die durch den Shock momentan gesteigerte spinale Irritation, während die veränderte Gesetzeslage jetzt vielfach den keineswegs schon Arbeitsunfähigen in Unthätigkeit und in der Folge in immer tiefere körperliche und geistige Verstimmung versinken lässt.

Der Fortschritt der Anschauungen Rieglers kennzeichnet sich darin, dass er die spinalen Symptome nicht, wie Erichsen, auf organische, sondern funktionelle Störungen zurückführt, sodann dafs er die in vielen Fällen so ausgeprägte psychische Veränderung in erster Reihe als Wirkung der die Affekte in hohem Masse beeinflussenden Katastrophe ansieht.

Es ist nicht uninteressant, wie in den nächsten Jahren die Ansichten über die durch Körpererschütterungen veranlassten Krankheitserscheinungen auseinander gingen.

P. Seifriz, der 1880 vier Fälle von Railway-Spine aus der Westphal'schen Klinik veröffentlichte, steht in der Deutung der pathologischen Thatsachen fast ganz auf dem Standpunkte Erichsens.

P. Moebius 1882 spricht sich in einem gerichtlichen Gutachten über einen solchen Fall mit Entschiedenheit gegen Simulation und für die Abhängigkeit der Erkrankung von dem erlittenen Eisenbahnunfalle aus. Er nimmt eine Erschütterung des Rückenmarks und des gesammten Nervensystems an mit konsekutiven entzündlichen Vorgängen in Gehirn und Rückenmark und konstatirt die bestehende vollständige Erwerbsunfähigkeit des Patienten.

Hodges behauptete, dass von 21 Fällen, die gerichtlich wurden, nicht weniger als 12 ganz gesund geworden sind, 6 gebessert wurden, 3 blieben ungeheilt.

Ganz besonders grosses Aufsehen machte ein Fall in Amerika, der zu einer Polemik zwischen Robert Brudenell Carter und Ridley Dale führte. Es wurde hier behauptet, dass die ganzen Krankheitserscheinungen bei dem Betroffenen erst aufgetreten sein sollten, nachdem dieser bei einem in „Eisenbahnfällen" erfahrenen Arzte sich Rat geholt habe.

Unter solchen Umständen suchte man nach objektiven Zeichen, um den Betrug zu erkennen.

R. Schulz sah in dem Fehlen oder der Steigerung der Sehnenreflexe ein solches Mittel.

Bald darauf veröffentlichten Putnam und Walton ihre Beobachtungen. In ihren Fällen von allgemeinen Körpererschütterungen trat ausser den bekannten Symptomen sensorische Hemianaesthesie auf. Diese Erscheinung war geeignet, ein neues Licht auf diese Zustände zu werfen, und die Autoren konnten jetzt den Nachweis führen, dass viele der Symptome, die bis dahin auf eine Erkrankung des Rückenmarkes, auf die Spinalirritation bezogen wurden, der Ausdruck eines Gehirnleidens sind. Ja im Jahre 1885 sprach sich Walton dahin unumwunden aus, dass die Hysterie als eine funktionelle Neurose des Gehirns zu betrachten sei und sich häufig unmittelbar im Anschlusse an Kopferschütterungen entwickele.

Fast gleichzeitig hatten Thomsen und Oppenheim, welche das Vorkommen und die Bedeutung der sensorischen Anaesthesie bei Erkrankungen des Centralnervensystems prüften, bei dem Symptomenkomplex der Railway-spine die sensorische Hemianaesthesie in einer Anzahl von Fällen beobachtet. Darauf hin erklärten sie, dass in den meisten der betreffenden Fälle kein anatomisch-pathologischer Befund zu erwarten sei, dass aber die Diagnose Hysterie keine Stütze finde, man müsste denn alle Erkrankungen, denen erfahrungsgemäss keine nachweisbare anatomische Veränderung entspricht, also die Epilepsie, die Psychosen etc. als Hysterie auffassen. Im Einzelnen führten sie aus:

1. Der Nachweis der Anaesthesie oder Hemiananaesthesie mit Einschluss der sensorischen Störungen genügt nicht zur Begründung der Diagnose Hysterie.
2. Jene Fälle zeigen einen nahezu stabilen Verlauf, nicht das Wechselnde und Sprunghafte, wie es für die Hysterie charakteristisch ist.
3. Das psychische Verhalten dieser Patienten ist nicht identisch mit dem der Hysterischen. Es enthält Züge aus der Melancholie, die unter geringem Intensitätswechsel fortbestehen und nicht launisch hin und her springen.
4. Mit den geschilderten Symptomen verbinden sich in einem nicht geringen Prozentsatze der hierher zählenden Fälle Erscheinungen, die auf eine schwere und selbst irreparable Erkrankung des Nervensystems hindeuten wie reflektorische Pupillenstarre, Atrophie beider nervi optici etc.

Offenbar liegt in der Deutung der unter No. 4 erwähnten Fälle eine Schwierigkeit. Allein es fehlt doch nicht an Analogien, aus dem wir uns das Zustandekommen selbst so schwerer materieller Veränderungen vielleicht erklären können, ich meine die traumatische Reflexlähmung. Man bezeichnet als traumatische Reflexlähmung die unmittelbar nach einem peripheren Nerventrauma in einem vom ursprünglichen Verletzungsorte entfernten Nervengebiete entstandene Lähmung. Sie kann entweder rein motorisch oder rein sensibel oder motorisch und sensibel zugleich sein. Am häufigsten erstreckt sie sich ausschliesslich auf die motorischen Bahnen. Eine Erklärung dieser Erscheinnng giebt die Reflextheorie von Brown-Séquard: Der periphere Reiz ruft eine reflektorische Kontraktion der Spinalgefässe und auf diese Weise Anämie und nun folgende Lähmung eines bestimmten Rückenmarksabschnittes hervor. Dass mit zunehmender Dauer des vasomotorischen Krampfes die centralen Veränderungen mehr und mehr restitutionsunfähig werden, ist unvermeidlich. Die Frage ist nur, ob so anhaltende reflektorische Gefässkrämpfe, wie sie für manche unheilbare Reflexlähmung vorausgesetzt werden müssen, an den Spinalarterien vorkommen können. Erb bejaht diese Frage auf Experimente von Nothnagel hin. Auch ist die Möglichkeit nicht ausser Acht zu lassen, dass unter gewissen Umständen z. B. bei neuropathischer Disposition oder verminderter Widerstandsfähigkeit eine kürzere Zeit des Gefässkrampfes für die Erzeugung schwerer centraler Veränderungen ausreichend sein dürfte.

Noch auf eine andere Weise lässt sich das Zustandekommen dauernder intensiver Läsionen des Nervensystems nach leichteren Unfällen erklären.

Dass bei heftigen Gemütsbewegungen Gefässkrämpfe eine bedeutende Rolle spielen, lehrt die tägliche Erfahrung; das Erröten vor Scham, das Erbleichen aus Zorn, die Ohnmacht aus Schreck sind Bei-

spiele für vorübergehende Zustände. Unfälle, durch welche ganz unerwartet der Betroffene in Lebensgefahr gerät, sind gewiss einen intensiven Schreck hervorzubringen wohl geeignet. Ein solcher Sturm, der das Nervensystem befällt, vermag vielleicht auf vasomotorischem Wege dauernde Schädigungen zu bewirken. Diese traurige Erfahrung ist im Kriege 1870/71 gemacht worden. Bei der Sprengung einer Eisenbahnbrücke bei Besançon trat dem vordersten deutschen Soldaten ganz unversehens hinter einem Pfeiler hervor ein französischer Zuave mit angeschlagenem Gewehr auf wenige Schritte Entfernung entgegen. Der feindliche Schuss ging fehl. Die Bestürzung aber, welche der unerwartete Anblick des Feindes und die auf ihn gerichtete Gewehrmündung bei dem sonst keineswegs schreckhaften, vielmehr vor dem Feinde bewährt gefundenen Soldaten hervorrief, übte eine so gewaltige Erschütterung des Nervensystems aus, dass der Mann augenblicklich niederfiel und einen epileptischen Krampfanfall bekam. Die sorgfältigsten Nachforschungen, welche später gelegentlich der Invalidisierung angestellt wurden, liessen keinen Zweitel, dass der Kranke durch seine Geburt und durch seine Erziehung eine Prädisposition zur Epilepsie nicht besass und dass er bis zu dem Ereignis auf der Brücke zu Besançon von Krämpfen frei gewesen war. Die Epilepsie, welche ihn hier zum ersten Male befiel, verliess ihn nicht mehr.

Wenn in diesem und ähnlichen Fällen der intensive Schreck die der Epilepsie eigentümliche pathologische Veränderung im Gehirn bewirkte, so dürften vielleicht in den von Thomsen und Oppenheim beobachteten Fällen von Railway-spine die schweren centralen Läsionen auf diesem Wege zu stande gekommen sei. Immerhin ist es bedeutsam, dass der Schreck so beständige und schwerwiegende Umwälzungen im Centralnervensystem hervorrufen kann.

Dasselbe Jahr 1885, in welchem Putnam und Walton sowie Thomsen und Oppenheim ihren Standpunkt in Bezug auf die vorliegende Krankheit veröffentlichten, erschien auch eine grössere Arbeit von W. H. Page. Page unterscheidet die häufigen nervösen Folgezustände von Unfällen als Kollaps und als nervösen Shock und giebt als Symptome des letzteren an: Schlaflosigkeit, Kreislaufsstörungen, Kopfschmerz, Nervosität, profuser Schweiss, Asthenopie, Weite der Pupillen, geistige Schwäche. Die Symptome des Shocks treten auf nachdem der Kollaps längst vorüber ist, besonders wo derselbe, weil geringe Gefahr für Leben und Gesundheit vorlag, unbedeutend gewesen ist. Merkwürdig ist die Thatsache, dass der Kollaps nach schweren Verletzungen selten die Folgen eines Shocks nach sich zieht, während der Shock stärker ist in Fällen, wo verhältnismässig geringere Verletzungen statt hatten und die ersten Erscheinungen von Kollaps unbedeutend waren. Jugendliche und alte Personen werden weniger vom Shock befallen als kräftige, in der Blüte ihres Alters stehende. Während im täglichen Leben die Frauen der Hysterie mehr unterworfen sind als

die Männer, so sind doch nach Eisenbahnunfällen die Männer hysterischen Anfällen und Zuständen nicht weniger ausgesetzt als die Frauen. Der Shock nämlich bedingt die Hysterie; er ist bei Eisenbahnunfällen auch da, wo keine Körperverletzung vorliegt, deswegen so schwer, weil die Furcht und der Schrecken bedeutender als sonst ist. Das Plötzliche des Unfalles, die hilflose Lage des Reisenden, das betäubende Geräusch, die herrschende Verwirrung, der Jammer der Verletzten, — in der Nacht kommt noch die Dunkelheit hinzu —, schaffen eine Situation, die recht angethan ist, um einen tiefen Eindruck auf das Nervensystem hervorzurufen und damit eine Folge von nervösen Störungen einzuleiten. In diesen rein psychischen Ursachen liegt die Erklärung der so bemerkenswerten Thatsache, dass die Symptome eines allgemeinen nervösen Shocks so gewöhnlich auch da auftreten, wo eine äussere Verletzung nicht stattgefunden hat und wo zur Zeit des Unfalles nur geringe Zeichen eines Kollapses zu bemerken waren. Die schwersten Fälle von Shock sind natürlich bei Unfällen beobachtet worden, bei denen Vernichtung des Lebens oder der Gliedmsasen drohte, gleichgiltig ob Verletzung eintrat oder nicht.

Ausser den psychischen Ursachen darf nicht vergessen werden, dass bei einem Eisenbahnunfall auch meistens körperliche Verletzungen eintreten; grösstenteils sind es Zerrungen der Muskeln und Ligamente, der Wirbelsäule und anderer Gliedmassen, daher die oft später im ganzen Körper auftretenden Schmerzen, die ohne äussere Anzeichen den Patienten beunruhigen. So sind es wieder psychische Elemente, die sich der Herstellung des geistigen Gleichgewichtes, das durch den Shock selbst in arges Schwanken geraten war, entgegenstellen.

Die Schmerzen, die von Tag zu Tag zunehmen, nehmen die Aufmerksamkeit des Patienten auf seinen Zustand gefangen und regen ihn aufs höchste auf. Der eigene Wille, bereits geschwächt durch die voraufgegangenen Ereignisse, und Widerstandsfähigkeit tritt immer mehr zurück. Die Energie, die sonst sich den mannigfachen Gefühlen, welche bei der Funktionirung der Organe auftreten (organic sensations), entgegenstellt, ist dahin, und jene treiben mit dem Körper des Patienten ihr Spiel, ihn fortwährend aufregend. Diese psychischen Störungen haben eine physische Unterlage, nach Hutchinson Störungen im vasomotorischen System. Page bezeichnet das so sich entwickelnde Bild der Krankheitserscheinungen mit dem Ausdruck „nervous mimicry“ und versteht darunter eine Scheinkrankheit nervösen Ursprunges, bei der Funktionsstörungen verschiedener Teile des Nervensystems auftreten können; häufig ist diese nervous mimicry durch den nervösen Shock hervorgerufen, gewöhnlich bei Individuen, die, wie die Geschichte ihrer Familie zeigt, für geistige Gebrechen prädisponiert sind.

Es darf nicht wunderbar erscheinen, dass der Patient, der jedem Vorgange in seinem Körper mit Unruhe folgt, geneigt ist, seinen Zustand zu übertreiben und dass Übertreibung einer der hervorstechend-

sten Züge des Zustandes ist, den wir als Hysterie bezeichnen. Gerade aus diesen Übertreibungen heraus erwächst die Verlängerung des krankhaften Zustandes. Der Patient fühlt sich zu der irrigen Auffassung seiner gegenwärtigen Unfähigkeit und zu dem Glauben an die Unmöglichkeit zukünftiger Heilung verleitet.

Es ist natürlich, dass Differenzen erwachsen zwischen der Gesellschaft, die den Verletzten Entschädigung zu zahlen hat, und die selbstverständlich nicht so schwarz sieht wie der Patient; Grund genug, diesem neue Sorgen und Aufregung zu schaffen und sein Gemüt zu beschweren. Die vollständige Heilung hängt natürlich von der Schwere des ursprünglichen nervösen Shocks ab und von dem individuellen Temperament des Patienten; besitzt derselbe ein nervöses Temperament und hat er eine gichtige Konstitution, so sind die Chancen einer baldigen und vollständigen Heilung geringer.

Ganz besonders wertvoll für die Erkenntniss der vorliegenden nervösen Erkrankungen sind Charcots Studien über die Hysterie bei Männern.

Die Angabe von Briquet, dass auf 20 hysterische Frauen in Paris ein Mann kommt, hält Charcot für übertrieben; doch sei die männliche Hysterie häufiger als man zunächst glauben sollte. Die Hysterie beim Manne entwickelt sich nach diesem Autor in der Regel auf Grund erblicher Belastung. Unter 30 Fällen war 23 mal Heredität nachweisbar, und zwar handelte es sich um die gleiche Krankheitsform bei der Mutter. Die hysterischen Zustände beim Manne treten überwiegend im reifen Alter, nach 14 Jahren, zumeist im Alter von 20 bis 30 Jahren, gelegentlich noch später auf.

Die von der hysterischen Neurose befallenen erwachsenen Männer haben durchaus nichts Weibisches an sich; es sind im Gegentheil, wenigstens in einer grossen Zahl von Fällen, robuste Individuen mit allen Charakteren ihres Geschlechtes, Militärpersonen, Arbeiter, die verheiratet und Familienväter sind, kurz Männer, die man, wenn man nicht darauf vorbereitet ist, nur mit dem grössten Erstaunen von einer Affektion befallen findet, welche viele als ausschliesslich dem weiblichen Geschlechte zukommend betrachten. Die Neurose kann beim Manne wie beim Weibe in ihren abortiven Formen, gleichsam mit verwischten Zügen auftreten, sie kann aber auch alle Charaktere zeigen, welche das Krankheitsbild der Hystero-Epilepsie ausmachen. Ausser den bei beiden Geschlechtern analogen psychischen Veränderungen kommen die von Charcot „Stigmata“ genannten permanenten Zeichen der Hysterie vor: sensorielle und sensitive Hemianaesthesie, hysterogene Punkte, der hystero-epileptische Anfall in derselben Reihenfolge der Phasen wie beim Weibe, paraplegische und hemiplegische Formen der Lähmung. Die hysterische Neurose beim Manne stellt sich häufig in ihrer Abortivform, ihres klassischen Charakters entkleidet ein. Die Kenntnis des Krankheitsbildes, betont Charcot, ist

für den Gerichtsarzt von Wichtigkeit. Die nervösen Störungen treten in der überwiegenden Mehrzahl nach Unfällen auf; häufig hat keine traumatische Verletzung stattgefunden, nur infolge der psychischen Erschütterung tritt das Krankheitsbild auf, welches zeitlich sich nicht unmittelbar an den Unfall anschliessen braucht.

Fast alle männlichen Patienten Charcots, die mit Hysterie behaftet sind, besitzen durch hereditäre Belastung oder durch Excesse in Venere et Baccho eine entschiedene Disposition zu nervösen Erkrankungen. Bei einigen kommt als veranlassende Ursache nur der Schreck in Betracht, bei anderen noch ein mehr oder minder bedeutendes Trauma. Alle leiden an hysterischen Krampfanfällen. Die Anfälle können bei der männlichen Hysterie auch fehlen, ebenso wie in 30 Proz. der weiblichen Hysterischen jene niemals auftreten. Die Krankheit hat dann ihren symptomatischen Ausdruck in den oben erwähnten permanenten Stigmata, zu denen sich gelegentlich andere Zustände wie Kontrakturen, gewisse Gelenkleiden, Lähmungen u. s. w. hinzugesellen können.

Den Grund, warum man in der Erkenntnis der Hysterie beim Manne nicht vorwärts kommt, sieht Charcot darin, dass man an gewisse Vorstellungen sich sehr schwer gewöhnt. Man gesteht wohl zu, dass ein verweichlichter junger Mann nach Excessen, schweren Sorgen und Gemütsbewegungen einige hysterieartige Symptome darbieten kann; dass aber ein kräftiger, durch keine Überfeinerung entnervter Arbeiter, etwa ein Lokomotivheizer, der vorher, wenigstens dem Anschein nach, gar nicht nervös war, nach einem Eisenbahnunfall, Zusammenstoss oder Entgleisung hysterisch werden könne und zwar ebenso hysterisch wie eine Frau, das könnten viele selbst ausgezeichnete Ärzte nicht begreifen. Als Cardinalsymptome der Hysterie sehen diese die Flüchtigkeit und Wandelbarkeit der Krankheitserscheinungen an. Allein auch beim weiblichen Geschlechte finden sich Fälle von Hysterie, die eine grosse Beständigkeit und Hartnäckigkeit der Symptome zeigen, und gerade dieses ist bei der Hysterie des Mannes fast immer der Fall. Die Beständigkeit der Symptome ist kein Beweis gegen Hysterie.

Charcot polemisirt hierbei gegen Thomsen und Oppenheim, denen er vorwirft, sie wollten die Erkrankungen nach Körpererschütterungen, besonders nach Eisenbahnunfällen als besondere, noch nicht beschriebene Krankheitszustände hinstellen. Die Gründe, welche diese Autoren gegen die Diagnose Hysterie bestimmen, seien nicht stichhaltig. Die Beständigkeit hysterischer Symptome auch bei Frauen zeigt Charcot an zwei Veteraninnen der Histeroepilepsie, beide schon Greisinnen; bei der einen besteht Hemianaesthesie der sensiblen und sensitiven Sphäre 15, bei der anderen 34 Jahre. Einschränkung des Gesichtsfeldes ist nachweislich seit fünf Jahren, wahrscheinlich war diese auch schon früher vorhanden, nur hatte keine Untersuchung in dieser Richtung stattgefunden.

Ein zweites Argument Thomsens und Oppenheims war das Verhalten der Psyche. Charcot stimmt ihnen bei, dass diese bei hysterischen Männern nicht jenen wandelbaren, launenhaften Charakter habe wie bei Frauen, dass die Stimmung deprimirt melancholisch sei; da aber dies bei Männern auftritt, welche die charakteristischen Symptome der Hysterie darbieten, so zieht Charcot den Schluss, dass die Depression des Gemütes zum Bilde der männlichen Hysterie gehört.

Ein Fall von Monoplegie bietet ein besonderes Interesse. Ein hereditär belastetes, schwächliches, durch verschiedene Erkrankungen in seiner Ernährung heruntergekommenes Individuum wurde eines Tages durch sein scheu gewordenes Pferd vom Wagensitze auf die Strasse geschleudert und erhielt dabei einen Stoss an der rechten Schulter. Unmittelbar nach dem Unfalle schmerzte Schulter und Arm, die Beweglichkeit des Armes war ein wenig behindert, und fünf Stunden fuhr Patient in seinem Wagen noch an diesem Tage, indem er die Zügel in der linken Hand hielt. Während der nächsten fünf Tage verhielt er sich ruhig, der Unfall schien ohne Folgen zu verlaufen, am sechsten Tage bemerkte Patient, dass sein rechter Arm ganz schlaff war und keine Empfindung hatte. Bei der Untersuchung zeigte sich motorische Lähmung der Muskeln des Arms und der Schulter, die Sehnenreflexe waren erhalten, vielleicht ein wenig gesteigert. Eine eigentümliche Form bot das Gebiet der Sensibilitätsstörungen. Die Sensibilität war aufgehoben am Arme bis zu einer Linie, welche etwa dem Rande des Rockärmels entsprach, an der Schulter dem eines Schulterstücks einer mittelalterlichen Rüstung. Charcot schliesst bei diesem Befunde eine cerebrale oder spinale Erkrankung materieller Natur aus, wegen der Beschränkung der Lähmung auf einen Arm, wegen der schweren Sensibilitätsstörung der Haut und der tiefen Teile, wegen des Mangels jeder Kontraktur und Atrophie, sowie wegen des Erhaltenseins der elektrischen Erregbarkeit der Muskeln. Eine Quetschung des plexus brachialis konnte auch nicht der Störung zu Grunde liegen, da dieselbe in ihrer Ausbreitung keineswegs der anatomischen Verteilung der Nerven entsprach. Somit bleibt nur übrig, dass diese Monoplegie mit ihren Sensibilitätsstörungen eine funktionelle Erkrankung ist. Den Beweis liefert Charcot dadurch, dass es ihm gelingt, in der Hypnose bei einer hysterischen Frau durch ein unbedeutendes Trauma, einen leichten Schlag auf die Schulter eine Lähmung des Arms mit derselben Begrenzung der Sensibilitätsstörung herbeizuführen, wie sie bei dem männlichen Patienten geschildert worden ist. Ja er vermag durch Suggestion Stück für Stück den Arm anästhetisch und paralytisch zu machen.

Diese auffällige Identität der Wirkung zweier Beeinflussungen eines Trauma auf einen Mann, der Hypnose auf eine hysterische Frau veranlasst Charcot, die Geisteszustände, welche durch eine und die andere Ursache hervorgerufen werden, genauer zu untersuchen. In der

Hypnose unterscheidet er drei auf einander folgende Stadien. In dem ersten, dem lethargischen, besteht völlige geistige Stumpfheit.

Im zweiten, dem kataleptischen Stadium ist der geistige Schlaf weniger tief und weniger allgemein geworden. Mit Hilfe des Muskelsinnes ist es in der That möglich, ein gleichsam teilweises Erwachen der psychischen Thätigkeit zu bewerkstelligen. Erweckt man eine Vorstellung oder eine durch frühere Association verbundene Vorstellungsreihe, so bleibt diese streng isolirt. In ihrer Vereinzelung ist sie vor jeder Beeinflussung geschützt, welche die zahlreichen, seit langer Zeit angehäuften und verarbeiteten Vorstellungen, die das eigentliche Bewusstsein, das „Ich" darstellen, auf sie äussern könnten. Im dritten, dem somnabulen Stadium handelt es sich nur um einen Zustand von psychischer Trübung, mehr oder minder ausgesprochener Betäubung. Das durch die Suggestion hervorgerufene Erwachen bleibt allerdings auch hier noch ein partiales, aber die Anzahl der zur Thätigkeit kommenden Elemente ist minder beschränkt als in der vorigen Phase. Wenn das Bewusstsein auch getrübt ist, so zeigt sich die Empfänglichkeit für mitgeteilte sinnliche Eindrücke eher gesteigert. Es wird demnach leicht, sich durch mannigfache Verfahren in Verkehr mit der hypnotisirten Person zu setzen. Man kann die Suggestion, d. i. die Vorstellung einer Thatsache, sehr wirksam durch die Rede, besonders wenn sie durch Gebärden begleitet ist, erzeugen. So kommt es, dass wenn man einer somnabulen Person die Vorstellung einer Lähmung eingiebt, diese Lähmung sich thatsächlich ausbildet; die Intensität selbst kann nach Belieben durch Suggestion abgeschwächt, ja zum Verschwinden gebracht werden. Während bei anderem Inhalte der Beeinflussung die Vorstellung mit zwingender Gewalt zu Handlungen führt, so ist hier Folge der Suggestion eine Hemmung, eine Lähmung.

Sehen wir uns nun die geistigen Vorgänge bei einem Manne an, der einen Unfall erleidet, bei welchem ein bedeutender Schreck, ein den Unfall überdauernder psychischer Shock in Wirksamkeit tritt. Die unangenehmen und schmerzlichen Empfindungen in einem von einem Schlage betroffenen Körperteile führen leicht zur Vorstellung einer Lähmung eben dieses Gliedes. Infolge der Trübung des „Ichs", welche der „nervöse Shock" mit sich bringt, setzt sich die einmal aufgetauchte Vorstellung im Geiste des Kranken fest. Daselbst jeder Beeinflussung entzogen erstarkt sie und wird schliesslich mächtig genug, um sich objektiv durch eine Lähmung zu verwirklichen. Jene unangenehmen Empfindungen haben also die Rolle der Suggestion gespielt, während der nervöse Shock die Hypnose ersetzt. Die Einwirkungen der Hypnose und des nervösen Shocks, welcher sich häufig mit einem traumatischen Shock verbindet, zeigen sich darin, dass die psychische Selbständigkeit, der Wille und das Urteilsvermögen mehr oder minder niedergedrückt oder verdunkelt und dabei das Thor der Suggestion geöffnet wird. Ebenso wie Lähmungen lassen sich auch Schmerzen,

Krampfzustände, kurz alle pathologischen Erscheinungen, welche durch Veränderungen im Nervensystem hervorgerufen werden können, durch Suggestion in der Hypnose erzeugen. In gleicher Weise giebt der nervöse Shock auf oben gezeigtem Wege den Anlass zu diesen bedeutenden Störungen.

Die Therapie muss, da es sich um eine psychische Affektion handelt, eine wesentlich psychische sein.

Man muss den Kranken versichern, dass sie in einigen Wochen geheilt werden, wenn sie dabei behilflich sein wollen. Man zeigt ihnen z. B. die Fortschritte, welche eine paretische Extremität macht, am Dynamometer, doch muss man sich hüten, sie zu schnell vorwärts bringen zu wollen, sie zu treiben. Grossartige, zumal religiöse Ceremonien, die auf den Patienten einen bedeutenden Eindruck machen, ins Werk zu setzen, ist immer gewagt, da man doch nicht ihrer Wirkung ganz sicher ist, und ein Fehlschlag die Autorität des Arztes stark beeinträchtigt.

Von günstigem Einflusse auf die „hysterische Diathese“ sind Douchen, Schwefelbäder, statische Elektrizität; letztere stellt die Sensibilität wieder her.

Die Massage verdient gleichsam als lokale Hypnose besonders bei Hyperästhesien und Kontrakturen Anwendung.

Den allergünstigsten Einfluss auf den Fortschritt der Heilung hat eine befriedigende Regulirung der Verhältnisse der Patienten. Wenn die Entschädigungsfrage in für den Patienten angenehmer Weise gelöst ist, verschwindet die geistige Depression, und die Überredung des Arztes ist eine weit wirksamere.

Einen interessanten Beitrag, der die Wirkungen der mannigfaltigsten Massnahmen zum Teil für therapeutische Zwecke bei Hysterischen in wachem und hypnotischem Zustande erklärt, giebt A. Hückel. Er geht von der bekannten Erfahrung aus, dass Vorstellungen, namentlich wenn gespannte Erwartungen mit ins Spiel kommen, zu subjektiven Empfindungen in einem oder dem anderen Sinnesgebiete und entsprechenden Handlungen führen können.

Die Vorstellung kann auch von einer anderen Person eingegeben werden. Dieser Suggestion sind unselbständige und schwache Seelen, besonders aber Hysterische in hohem Masse zugänglich. Sie entsprechen der zugeführten Vorstellung leicht durch die That.

Hypnotisirte, welchen ein eigner Wille nicht oder nur in beschränktem Masse möglich ist, sind im Empfinden und Handeln von suggestiven Einflüssen geradezu abhängig. Sie bringen in der tieferen Hypnose deshalb keine Bewegungen zu stande, weil sie nicht mehr wollen können, weil sie nicht mehr fähig sind, ihr eignes Ich zu vertreten.

Bei dem geringen Widerstande, welchen sie zugeführten Vorstellungen entgegensetzen, ist zur Heilung einzelner Äusserungen der Hysterie, seien es Lähmungen, Anästhesien, Hyperästhesien oder Krämpfe,

jedes Mittel gut, an welches die Kranken glauben, und jeder Arzt geschickt, welchem sie vertrauen, vorausgesetzt, dass sie sich überhaupt von der Heilbarkeit der Krankheit überzeugen lassen und gesund werden wollen. Die wunderbaren Erfolge der Magneto- und Metallotherapie sind von demselben Gesichtspunkte zu verstehen. Der Magnet wirkt nur durch das Zauberwort „Magnetismus", mit welchem die Versuchsperson die Vorstellung einer geheimnisvollen Kraft verbindet, die fähig ist, auf den Zustand ihres Körpers einzuwirken. Das Gold ist nur in der Spitalpraxis, nicht in der Privatpraxis wirksam, weil der psychische Effekt in dieser gering ist oder ganz ausbleibt. Sämtliche therapeutische Eingriffe dieser Art, welche sich als nützlich erweisen, wirken also nur durch den psychischen Eindruck. Dasselbe gilt auch für die Hypnose.

Die Hypnose besteht in funktionellen Störungen, die ausschliesslich ins Gebiet der Psyche gehören und je nach der Individualität qualitativen und quantitativen Schwankungen unterliegen. Sowohl beim Zustandekommen dieser „temporären Psychose" im allgemeinen als der Teilerscheinungen spielen Vorstellungsconcentrationen die Hauptrolle. Die Suggestion lässt sich nie mit Sicherheit ausschliessen. Sie ruft nicht einen Willensakt im strengsten Sinne des Wortes hervor, sondern ein nicht klar bewusstes, triebartiges Verlangen oder Widerstreben, das um so stärker ist, je mehr die suggerirte Vorstellung in den herrschenden Ideenkreis passt und mit der augenblicklichen Stimmung harmoniert. Dies reicht hin, um Veränderungen im Zustande des Kranken herbeizuführen. Denn bei den allermeisten der täglichen Handlungen genügt die Vorstellung derselben allein, um die Ausführung zu veranlassen; der Wille geht wohl nur dahin, sie nicht zu hindern.

Durch diese Ausführungen Hückels und die Bezeichnung der geistigen Zustände während der Hypnose als „temporärer Psychose" erfährt die Erkenntnis der Gleichartigkeit dieser psychischen Anomalien mit den durch nervösen Shock veranlassten einen weiteren Fortschritt auf der von Charcot gezeigten Bahn.

Anamnese.

I.

Der Hilfspostbote H. W., 30 Jahre alt, ist verheiratet und Vater von drei Kindern. Er stammt aus einer langlebigen, durchaus gesunden Familie. Als Kind ist er nicht schreckhaft gewesen und, ohne jemals tollkühn zu sein, hat er manches kleine Wagstück vollführt. Von seinem 15. bis zum 20. Lebensjahre arbeitete er als Schiffer. Während seiner 3jährigen Militärzeit hat er sich als Schütze, Schwimmer und Turner hervorgethan.

Ausschweifend ist er nie gewesen. 23 Jahre alt trat er in den Postdienst als Hilfspostbote ein und heiratete bald darauf. Er lebte

in glücklichen ehelichen Verhältnissen und hatte immer Sinn für die Häuslichkeit, ohne sich der Gesellschaft seiner Freunde im Wirtshause zu entziehen. Da traf ihn am 29. Januar 1887 ein Unfall. Beim Heruntersteigen einer schmalen, schlecht beleuchteten Treppe beachtete er, während er nach seinen Briefen sah, nicht, dass er noch drei Stufen zurückzulegen hatte. Er kam auf beide Füsse zu Fall, das Gesäss schlug mit grosser Heftigkeit auf den Boden auf, die Wirbelsäule streifte aber nicht die Treppe. Doch lehnte er sich in dieser zusammengekauerten Stellung bei der Beschränktheit des Raumes ungefähr mit dem oberen Rande des Kreuzbeins gegen die unterste Stufe. In dem Augenblicke, als er mit dem Gesäss aufschlug, empfand er einen lebhaften, schneidenden Schmerz besonders in der linken Hälfte des Kreuzbeins vom zweiten bis vierten Kreuzbeinwirbel. Das Schmerzgefühl brachte die Empfindung hervor, als „wenn das Rückgrat auseinandergerissen würde“. Die schmerzhafte Gegend kam ihm als etwas Fremdes, ihm nicht Angehöriges vor. Er konnte jedoch sich gleich erheben, der Schmerz liess nach, während er seine Gänge besorgte. Patient machte sich nicht viel Gedanken über dieses Ereignis; dergleichen war ihm schon öfters begegnet.

Am nächsten Morgen fühlte er lebhaftere Schmerzen und, als er sich Einreibungen machen liess, soll seine Frau eine geringe Schwellung bemerkt haben. Die Schmerzen nahmen zu, wenn er Treppen stieg, er stützte sich auf die Geländer, um sein Kreuz etwas zu entlasten und einer grösseren Intensität der Schmerzen vorzubeugen. Im Bette konnte er nicht auf dem Rücken liegen, das Einschlafen dauerte etwas länger als gewöhnlich, er wachte in einigen Nächten gegen Morgen auf, wie Patient glaubt, durch das Umdrehen auf die andere Seite erweckt. Sonst waren die Funktionen normal.

Am 5. Tage nach dem Unfalle wurde er darauf aufmerksam, dass hinten an der schmerzhaften Stelle ein Pochen und Pulsiren auftrat, das sich äusserte wie bei einem früheren Panaritium. Zugleich steigerten sich die Schmerzen. Er liess sich daher am 11. Tage vom Dienste befreien und legte sich ins Bett; er empfand grosse Schwäche im Kreuz, es war ihm die Empfindung, als wenn es ihn nicht mehr tragen könnte. Nach 3 Tagen stand er auf, um zu einem Arzte zu gehen. Beim Aufrichten im Bette liess er sich von seiner Frau unterstützen, konnte jedoch sich allein ankleiden und nahm nur ihre Hilfe beim Anziehen der Stiefel in Anspruch, weil er fürchtete, beim Bücken grössere Schmerzen zu erleiden.

Der eigentliche Schmerzpunkt war um diese Zeit nicht viel über Markstück gross, von hier verbreiteten sich die Schmerzen strahlenförmig, anfangs nur unter der Haut, später in allen Richtungen. Der konstante Strom brachte ihm nur so lange Linderung als die Elektrode auf der oben bezeichneten Stelle lag. Elektrische Bäder nützten ihm gar nichts. In diesen Tagen bemerkte er erbsengrosse Anschwellung in der Haut über dem ersten Kreuzbeinwirbel. Als diese schnell zu Haselnussgrösse unter Steigerung der Schmerzen und des sehr lästigen Pulsirens wuchs, liess er sich den „Schwären“, wie er die Anschwellung nennt, durch Herrn Oberstabsarzt a. D. Dr. R. öffnen. Es soll dunkles,

flüssiges Blut hervorgekommen sein. Diese kleine Operation brachte ihm bedeutende Linderung. Das Pochen blieb zwei Tage ganz weg, der Hauptschmerz war auch geringer; 14 Tage hindurch blieb der gleiche, ganz erträgliche Zustand. Der Gang, der sehr mühsam und schmerzhaft bis dahin war, wurde jetzt ohne grosse Beschwerden möglich, so dass er nach der Heilung der Wunde am 4. März 1887 wieder in Dienst eintrat. Acht Wochen versah er denselben, beim Treppensteigen von Schmerzen gequält, ohne dass Elektrizität und Moxen ihm eine Erleichterung schufen. Am 7. Mai liess er sich in die hiesige chirurgische Klinik aufnehmen, wo er einen Tag um den andern ein Bad erhielt und elektrisirt wurde. Ausserdem blieb er im Bette. Hier trat eine Verschlimmerung ein. Das Elektrisiren rief in ihm eine grosse Unruhe hervor, so dass es ausgesetzt wurde; er verlor den Appetit und Herzklopfen trat ein. Als er eines Tages eine kalte Douche erhielt, stellten sich lebhafte Schmerzen im Leibe ein, schiessende Schmerzen von einem Hypochondrium zum anderen, und im Laufe von zwei Stunden zeigte der Leib eine bedeutende Auftreibung besonders in der regio hypogastrica. Auf eigenen Wunsch trat er aus der Klinik aus, um sich in die Behandlung eines anderen Arztes zu begeben, zu dem er grosses Vertrauen hatte. Nachdem ein Blasenpflaster die Schmerzen nur gesteigert hatte, wurde ihm, der unaufhörlich auf eine Operation drang, dieselbe bewilligt. Wegen der fixen Lokalisation des Schmerzes schien es nicht unwahrscheinlich, dass eine Verletzung des Knochens, vielleicht eine Absprengung eines kleinen Stückes stattgefunden habe.

Ausserdem hoffte man durch den psychischen Eindruck des Eingriffs eine günstige Wendung herbeizuführen. Ja der operirende Arzt war nach der Angabe des Patienten optimistisch genug, völlige Heilung ihm zu versprechen.

Als die Narkose eingeleitet wurde, trat so heftiges Herzklopfen ein, dass Patient es für nötig befand, darauf aufmerksam zu machen. Ein Gefühl von Angst vor der Operation bestreitet Patient durchaus.

Die Operation, welche in einem grossen Schnitte auf der rechten Hälfte des Kreuzbeins bis auf den Knochen bestand, hatte nicht den gewünschten Erfolg. Ein Krankheitsherd wurde nicht gefunden und in dem Zustande des Patienten trat eine entschiedene Verschlimmerung ein. Ausser den ursprünglichen Schmerzen machte sich die Wunde bemerklich. Die Rückenlage war ihm ganz unmöglich, die Seitenlage wegen der Empfindlichkeit der Trochanteren auch quälend. Schlaf und Appetit waren in der ersten Woche sehr gestört, besserten sich aber in der nächsten. Die dauernden Schmerzen und die gänzliche Erfolglosigkeit der Operation, auf die Patient, wie er sagt, seine ganze Hoffnung gesetzt hatte, brachten ihn an den Rand der Verzweiflung. Das Herzklopfen stellte sich nach jeder Mahlzeit jetzt ein, er wurde ausserordentlich schreckhaft; er fuhr zusammen, sobald die Thür schnell oder unerwartet geöffnet wurde, sobald ein Gegenstand auf den Boden fiel. Sah er einen Leichenzug, so sagte er sich, es werde ihm bald ebenso ergehen. Mit der Heilung der Wunde nahmen die Erscheinungen ein wenig ab; er versuchte dann Spaziergänge zu unternehmen,

die ihm Erholung brachten. Aber wenn er in seine im zweiten Stock belegene Wohnung zurückkam, sank er sofort vom Herzklopfen überwältigt in einen Sessel. Als er eines Tages von einem längeren Spaziergange heimkehrte, wurde das Herzklopfen so stark, dass er sich ins Bett legte. Von nun an steigerte sich die Schreckhaftigkeit; er musste vielfach im Bett aufgerichtet sitzen, weil er von Atemnot gequält war. Überdies traten jetzt auch vasomotorische Störungen in der Haut auf. Von dem Schmerzpunkte an dem Kreuzbein aus verbreitete sich starkes Hitzegefühl innerhalb drei Minuten über den Körper; links war dasselbe stärker als rechts. Es war ihm, als wenn man ihn mit heissem Wasser begösse. Die Unterschenkel und Füsse blieben von der Hitze frei, letztere waren sogar recht kalt. Auf das Hitzestadium, das an jedem Punkte des Körpers nur wenige Sekunden anhielt, folgte ein Kältegefühl, das in der Peripherie seinen Anfang nahm und nach dem bekannten Schmerzpunkte hinzog. Die Intensität dieser Erscheinungen, die Patient nicht schlafen liessen, war an verschiedenen Tagen wechselnd. In einer Nacht hatte er im Anschluss an seine Tageslektüre einen schreckhaften Traum, der auf ihn grossen Eindruck machte. Um die Wiederholung eines solchen Vorfalles zu vermeiden, las er jetzt gar nicht mehr, und somit schwand auch der letzte Aufwand von geistiger Kraft. Von jenem Traume an litt er an Kopfschmerzen, „die ihm die Kopfhaut zusammenzogen“, häufiges Uriniren am Tage stellte sich ein, Durchfälle zwangen ihn am Tage alle zwei Stunden das Bett zu verlassen; nachts brauchte er nur einmal uriniren und dreimal zu Stuhl gehen. Die Nahrungsaufnahme war sehr gering, er hatte Abneigung gegen das Essen; hatte er trotz seines Widerwillens etwas gespeist, so stellte sich Brechreiz ein und alle Beschwerden steigerten sich, das Hitzegefühl, das Herzklopfen; der Leib wurde stärker aufgetrieben, lebhaftes Kollern in demselben beunruhigte ihn. In ziemlich elendem Zustande trat er am 4. Oktober 1887 in die psychiatrische Klinik von Herrn Professor Jolly ein.

In den ersten Tagen seines neuen Aufenthaltes blieb er hartnäckig auch am Tage zu Bett und behauptete gar nicht gehen zu können, weil jede Bewegung ihm unerträglichen Schmerz verursache. Nur durch sehr energisches Zureden liess er sich bewegen aufzustehen und kleine Strecken im Zimmer zurückzulegen. Diese Gehübungen wurden täglich mit langsam steigendem Erfolge gemacht. Da es sich zeigte, dass Familienbesuche ungünstig auf den Zustand des Patienten wirkten, wurden diese während zwei Monate fern gehalten. Das Körpergewicht des Patienten betrug wenige Tage nach der Aufnahme 58,2 Kilo. Vom 11. Oktober an erhielt er drei Monate lang wöchentlich drei faradische Bäder. Zeitweise bekam er bipolare Bäder, so dass der Körper vom Nacken zu den Füssen durchströmt wurde, zeitweise monopolare Bäder, bei welchen alle Platten der Badewanne zu einem Pole vereinigt sind und der zweite Pol in Form einer beweglichen Schaufel auf Kreuz und Leib je 5 Minuten gehalten wurde; mit den mittelkräftigen Strömen wurde begonnen und rasch zu den stärksten Strömen übergegangen. Am 12. Januar 1888 Baunscheidtismus längs der ganzen Wirbelsäule. In den folgenden Tagen gab Patient an, Erleichterung zu verspüren.

Nun wurden 14 Tage die Bäder ausgesetzt, und am 19. und 20. Januar wurden wegen des Meteorismus die Bauchdecken mit den stärksten faradischen unter Anwendung des Pinsels behandelt. Bei dieser und entsprechender psychischer Therapie besserte sich sein Gang, und die anderen Beschwerden traten langsam mehr und mehr zurück. Sein Körpergewicht betrug am 1. Februar bereits 62,3 Kilo. Um ihm ein grösseres Vertrauen zu den Fortschritten seiner Besserung einzuflössen, wird er vom 1. März 1888 an zu Spaziergängen angehalten und erhält zuweilen einen Tag und eine Nacht Urlaub, den er bei seiner Familie zubringt.

Stat. praes. Anfang März 1888. Mittelgrosser, kräftig gebauter Mann mit blasser Farbe der Haut und der sichtbaren Schleimhäute. Der Gesichtsausdruck ist leidend.

Das Gesichtsfeld erweist sich bei wiederholten Prüfungen nicht eingeschränkt. Störungen des Farbensinns sind nicht vorhanden.

Gehör: Ohrensausen während des ganzen Tages. Hörschärfe herabgesetzt, besonders links. Eine Uhr, die auf 60 cm deutlich hörbar ist, wird rechts bei offenen Augen auf 25 cm, bei geschlossenen Augen auf 40 cm Entfernung gehört, links bei offenen und geschlossenen Augen nur auf 4 cm. Hält man die Uhr dicht über dem Kopfe des Patienten, so giebt er an, wenn man derselben eine Stellung 2 cm links von der Medianlinie anweist, das Ticken auf dem rechten Ohre zu vernehmen; entfernt man sie weiter nach links parallel der Oberfläche des Kopfes, so hört er sie gar nicht, bis er in der Nähe des linken Ohres sie mit diesem vernimmt.

Störungen des Geschmacksinnes. Acid. acet. wird auf der rechten Zungenhälfte als sauer bezeichnet, links als „salzigbeissig", Chinin. sulf. in Lösung wird links bitterer empfunden.

Motilität: Bei aufrechter Stellung hebt Patient das rechte gestreckte Bein 10 cm höher als das linke. Mit dem rechten Bein nimmt er zwei Stufen mit einem Male, links nur eine; versucht er mit dem linken zwei Stufen zu ersteigen, so gelingt es unter bedeutender Zunahme seiner Schmerzen. Grobe Kraft im rechten Bein erheblich stärker als links. Lässt man die Zunge einige Bewegungen ausführen, so erscheinen beim Herausstrecken einzelne fibrilläre Zuckungen. Tremor manus links eben angedeutet. Der Gang auf ebener Erde bietet nichts Auffälliges. Bei geschlossenen Augen schwankt Patient sehr wenig, empfindet kein Schwindelgefühl.

Sensibilität: Sehr ausgeprägte Hyperästhesie in der Kreuzbeingegend ziemlich scharf nach oben und unten abgegrenzt. Links ist die Schmerzempfindung stärker. Kneipen von Hautfalten erregt hier grösseren Schmerz als ein an derselben Stelle ausgeübter Druck. Die Trochanteren und Spinae iliacae post. sup. sind auf Druck empfindlich. Leichte Hyperästhesie der Haut in der Inguinalgegend beiderseits. Von perversen Temperaturempfindungen sind zu erwähnen, dass von der hyperästhetischen Zone Hitzegefühl sich nach auf- und abwärts ausbreitet bis zu den Extremitäten, von denen aus Kältegefühl nach jener Zone hin sich fortpflanzt. Bei geschlossenen Augen wird die Berührung der Zehen links wiederholt falsch angegeben.

Reflexe: Der Kremasterreflex ist kaum sichtbar. Das Fufsphänomen gelingt einmal. Patellarreflexe stark.

Bis Ende Mai blieb Patient in der Klinik. Er konnte jetzt Spaziergänge von mehreren Stunden ohne Anstrengungen und ohne Klagen zurücklegen. Bückte er sich zur Erde, so beschwerte er sich über Schmerzen, welche vom Kreuz gürtelförmig um den Leib ausstrahlten. Seine frühere Beschäftigung hat Patient bis Januar 1889 nicht aufgenommen. Wenn man nach Gründen für seine Unthätigkeit fragt, so giebt er die eben erwähnten Schmerzen an. Zu einer leichten Beschäftigung, die ihm Gelegenheit zu öfterem Niedersetzen gebe, glaubt er sich fähig.

II.

K., Schutzmann, geb. 1851.

Patient ist von mittelgrosser Gestalt, kräftig und gut genährt. Der Gesichtsausdruck zeigt nichts Besonderes. Seine sämmtlichen Familienmitglieder erfreuen sich eines langen Lebens; Nervenkrankheiten sind in der Familie nie aufgetreten. Patient machte den Feldzug 1870/71 als Soldat mit und ertrug die Strapazen ohne erhebliche Beschwerden. Nach Beendigung des Krieges blieb er bis zum Jahre 1880 im Heere und erlangte den Rang eines Vicefeldwebels. Sodann wurde er Schutzmann in Str.; er ist verheiratet und Vater von mehreren Kindern.

Im August 1882 erlitt der Personenzug, in welchem Patient nach B. reiste, einen Zusammenstoss mit einem Güterzuge. Patient wurde in seinem Koupee mehrmals hin- und hergeschleudert, ohne einen Stoss am Kopfe zu erhalten. Sodann durchschlug ein Balken eines mit Bauholz beladenen Güterwagens das Dach des Koupees und traf Patient auf den Kopf. Patient sah noch den Balken sich ihm nähern, darauf schwanden ihm die Sinne. Als nach 5 Minuten das Bewusstsein wiedergekehrt war, vermochte er aus dem zertrümmerten Wagen hervorzukommen und in die nahe gelegene Stadt zu gehen. Ein Arzt konstatirte eine unbedeutende Quetschung der Kopfhaut; eine Knochenverletzung war nicht vorhanden. Patient klagte über allgemeine Schwäche und heftigen Kopfschmerz. Er hatte das Gefühl, „als wenn sein Kopf sich in einem Schraubstock befände“. Die Empfindlichkeit war so gross, dass er keine Kopfbedeckung ertrug. Der leichte Verband, welcher angelegt war, wurde schon nach vier Tagen entfernt und Patient reiste 14 Tage nach dem Unfalle nach Str. zurück. Auf der Fahrt hatte er die Empfindung, als wenn sich Gegenstände von der Wand des Koupees loslösten und die Wände selbst sich nach unten bewegten. Nur schwer gelang es dem Zureden seiner Frau, den aufgeregten Mann zu beruhigen. In Str. wurde er mit Bädern und Schröpfköpfen von einem Arzte behandelt. Er fühlte sich unfähig, den aufgenommenen Dienst zu erfüllen, er war leichter erregt und empfand die Sticheleien seiner Kameraden sehr schmerzlich. Wenn ihm jemand etwas Unangenehmes sagte, trat in dem rechten Hoden ein wunderbares Gefühl auf, welches ihm früher angenehm war, das Gefühl stieg in den Leib

hinauf. Gleichzeitig wurde er ängstlich und hatte die Empfindung, als wenn er zusammengeschnürt würde. Bald entwickelten sich auch sehr erhebliche Störungen der Sprache. Sie wurde langsam, er musste sich lange besinnen, ehe er das Gewollte sagen konnte. Häufig brachte er zwei Stunden lang kein Wort heraus. Jedes Geräusch im Hause war ihm äusserst lästig. Sobald er über einen grösseren Platz oder eine enge Strasse gehen sollte, überfiel ihn Angst. Auf seinen Gängen liess er sich stets von seiner Frau begleiten. Als er am 16. Januar 1883 in Begleitung seiner Frau in einer engen Strasse mehreren Wagen begegnete, denen er leicht ausweichen konnte, überkam ihn ein Anfall. „Das Blut strömte ihm zum Gehirn", das Herz pochte, er sah Gegenstände sich bewegen, die Erde schien unter ihm zu wanken. Voll Entsetzen und fast sprachlos war er nicht im stande, nach Hause zu gehen und musste in einer Droschke in seine Wohnung gebracht werden. Seitdem mied Patient noch ängstlicher das öffentliche Treiben. Eine besondere Scheu hegte er vor dem Bahnhofe, er fürchtete, dass beim Anblick eines Eisenbahnzuges ein Anfall auftreten würde. Auf Alkoholika reagirte er sehr empfindlich. Der Genuss von einigen Glas Bier am Abend verscheuchten ihm den Schlaf, schlief er endlich ein, so quälten ihn beängstigende Träume. Ganz besonders häufig kehrte die Vorstellung, dass er immer tiefer und tiefer falle, in diesen Träumen wieder. Erschreckt erwachte er und sah, dass es schon heller Morgen war. — Auf dem linken Ohr vernahm er starkes Sausen, auf diesem Ohr hörte er fast nichts, auf dem rechten Ohr war die Hörschärfe nicht herabgesetzt, mit dem rechten Auge sieht er einen kleinen schwarzen Punkt, der sich mit den Bewegungen des Auges bewegt.

Anfang April 1883 suchte er die Hilfe der Poliklinik der hiesigen psychiatrischen Klinik auf und es ergab sich folgender Status:

Stat. praes. am 4. April 1883. Conjunctivae etwas gerötet, Pupillen gut reagirend, bei geschlossenen Augen Schwindelgefühl ohne sichtbares Schwanken, Kopfschmerz besonders in der Mittellinie etwas vor der vorderen Fontanellgegend.

Hier befindet sich ein Knochenwall, der ganz medial liegt und den Eindruck einer Nahtverdickung, nicht einer pathologischen Veränderung macht. Klopfen auf dem Kopfe ist überall etwas empfindlich, das Trigeminusgebiet ist nicht besonders empfindlich. Zunge kaum zitternd. Die Hände zittern ziemlich stark. Der Gang ist nicht abnorm.

Die Therapie — Elektrizität, kalte Douchen, Bromkali — besserte seinen Zustand erheblich. Doch bemerkte Pat., „dass sein Stuhl angehalten und sein Urin dunkler gefärbt sei".

Im Sommer 1883 wurde er nach einem ruhigen Landaufenthalt geschickt. Auf der Eisenbahnfahrt, die er ganz ruhig antrat, überkam ihn Angst und Erregung, so dass er sich von seiner Frau einen mitgenommenen Eisbeutel auf den Kopf legen liess. In der neuen Umgebung in ..... fühlte er sich recht wohl. Als aber einer der Sommergäste starb, überkam Pat. eine Todesangst, die zu einem Anfall führte, welcher einen Tag und eine Nacht dauerte und nicht eher aufhörte, bis er den Ort verlassen und sich in den Mauern von Str. wieder sah. Während dieser 24 Stunden war das Bewusstsein nicht erloschen, die

Sprache fast vollständig gehemmt. Durch Zeichen und wenige Worte machte er seiner Frau verständlich, dass er möglichst schnell fortzukommen wünsche. In Str. besserte sich sein Zustand wieder, wozu nicht wenig die günstige Regelung seiner Entschädigungsansprüche beitrug. Überhaupt zeigte sich sein Befinden in hohem Masse von den Nachrichten abhängig, welche er in Bezug auf Pension und Entschädigung erhielt. Eine ungünstige Mittheilung genügte, einen Anfall heraufzubeschwören. Dauernde und fortschreitende Besserung trat erst ein, als die verpflichtete Bahnverwaltung die monatlich gezahlte Entschädigungssumme für die Lebensdauer festsetzte. Diese und eine kleine Pension genügen vollkommen, um seine Bedürfnisse zu bestreiten.

Eine vollkommene restitutio ad integrum besteht auch jetzt Juli 1888 nicht. Pat. meidet jede Aufregung, fühlt sich am wohlsten, wenn es recht ruhig um ihn hergeht, lebt fast nur im Kreise seiner Familie. Im übrigen beschäftigt er sich als Transporteur von Gefangenen.

Eine Juli 1888 angestellte Untersuchung ergiebt, dass das Gesichtsfeld kaum eine Andeutung von Einschränkung zeigt.

Unsere beiden Patienten bieten eine grosse Reichhaltigkeit von Symptomen, besonders subjektiven Empfindungen. Die Ursache für die ganze Kette von Erscheinungen ist in dem ersten Falle ein sicher nicht sehr bedeutender Stoss gegen das Gesäss, in dem zweiten ein mächtiger Schlag auf den Kopf. Knochenverletzungen liegen in beiden Fällen nicht vor. Schon von Erichsen wird hervorgehoben und neuerdings von Oppenheim wieder betont, dass Knochenbrüche, abgesehen von Schädelfrakturen, sehr selten den Anlass zur Entstehung der vorliegenden Erkrankung geben. So sehr sich auch Erichsen wundern musste, dürfte jetzt, wo wir das Hauptgewicht auf die psychischen Anomalien legen, eine Erklärung nicht eben schwer fallen. Jemand, der einen Unfall erleidet und einen Knochen dabei bricht, sieht oder empfindet in sehr deutlicher Weise den Effekt, er wird nicht noch nach anderen Schädigungen seines Körpers suchen. Sein Interesse ist durch die Fraktur vollkommen in Anspruch genommen, und mit der Heilung derselben findet die ganze Gedankenreihe ihren Abschluss. Ganz anders in den Fällen, wo keine oder nur unerhebliche Verletzungen unter Umständen eintreten, die in hohem Masse Schreck einzuflössen geeignet sind. Durch den psychischen Shock ist der Betroffene überzeugt, dass er eine schwere Schädigung seiner Gesundheit erlitten haben muss. Seine Aufmerksamkeit wird aber nicht allein von einer Körperstelle in Anspruch genommen. Schmerzhafte Empfindungen hier und dort führen zu der Vorstellung, dass diese oder jene Veränderung vor sich gegangen ist. Er sucht nach weiteren Zeichen seiner Erkrankung, er achtet ängstlich auf Urin und Stuhlgang und es entwickelt sich jene hypochondrische Stimmung, die jede Empfindung in den Kreis ihrer Vorstellungen zieht nnd zur Quelle neuer Beängstigung macht.

Äussere Umstände verschiedener Art, besonders die aufregende Unterhandlung bezüglich der Pensions- und Entschädigungsfrage, steigern die Reizbarkeit und bilden stets neuen Stoff, um die Erscheinungen wachsen zu lassen. So dürfte der Gang der Entwicklung der Krankheit bei dem unter II. angeführten Schutzmann sein. Bei unserem

ersten Falle ist weder von einer erheblichen Beschädigung noch einem nennenswerten Schreck bei dem Unfalle die Rede. Die Erscheinungen entwickeln sich hier viel langsamer, Patient nimmt zweimal seinen Beruf wieder auf, den er acht Wochen ohne Unterbrechung versieht. Wie weit hier häusliche Verhältnisse eine Rolle spielen, speziell eine falsch angebrachte Zärtlichkeit der Frau, kann nicht mit Sicherheit festgestellt werden. Gewiss aber ist die Neigung des Patienten im Bette zu bleiben zu berücksichtigen. Zunächst sah er sich dazu veranlasst durch die Schmerzhaftigkeit der Kreuzbeingegend, welche sehr wohl von dem Unfalle herrühren konnte. Später gab die Operation den Anlass zu längerem Verweilen im Bette. Dass die gänzliche Umgestaltung der Lebensgewohnheiten bei dem an Bewegung gewöhnten Briefträger Störungen der Verdauung herbeiführten, ist nicht zu verwundern. Im Bette hat er genügend Zeit über alles, was ihm auffällt, nachzudenken. Er wünscht, dass in seinem Wesen, in seinen Empfindungen eine Veränderung, eine Rückkehr der normalen Gefühle erfolge und verlangt immer aufs neue einen wirksamen, so recht in die Augen springenden Eingriff. Aber die Operation hat nicht die gewünschte Wirkung.

Die getäuschte Hoffnung, die absolute Unthätigkeit, der Mangel körperlicher und geistiger Beschäftigung, endlich die Sorge um die Existenz führen zu einer abnormen Reizbarkeit, infolge deren jede unangenehme Nachricht, jedes laute Geräusch, jede lästige Empfindung zu Beschleunigung von Puls und Atmung, zu lähmungsartigen Zuständen oder lebhaften peristaltischen Bewegungen des Darmtraktus führen. Diese Anomalien werden in der hypochondrischen Stimmung als schwere Erkrankungen gedeutet, und so ist es natürlich, dass mit der Dauer der Erkrankung, wenn der Kranke sich selbst überlassen ist oder auf ihn kein wesentlicher Einfluss ausgeübt wird, die Zahl und Schwere der Symptome, zumal der subjektiven, sich von Tag zu Tag steigern.

Wenn wir die grosse Reihe der beschriebenen Fälle überblicken, dann können wir sie leicht in drei Gruppen zusammenfassen, die zahlreiche Übergänge zu einander zeigen und das Gebiet anderer Geistes- und Nervenkrankheiten streifen, aber doch hinlänglich charakterisirt sind, um eine Trennung zu rechtfertigen.

Die erste Gruppe, welche eine relativ kleine Anzahl von Fällen umfasst, auf die besonders Thomsen und Oppenheim aufmerksam gemacht haben, bietet neben den funktionellen Störungen, welche ihnen den Platz in der männlichen Hysterie anweisen, materielle Veränderungen des Nervensystems dar. Diese sind aber nicht, wenn überhaupt eine Körperverletzung stattgefunden hat, durch mechanische Gewalt, sondern auf dem Wege des Reflexes, des reflektorischen Gefässkrampfes mit konsekutiver Anämie wahrscheinlich entstanden; sowohl der Schreck als ein lokales Trauma können wohl auf diese Weise dauernde Läsionen des Central-Nerven-Systems hervorrufen, wie wir für die Epilepsie durch erstere, für die traumatische Reflexlähmung durch die zweite Ursache anzunehmen geneigt sind.

Diese Art der Entstehung der dauernden und irreparabelen Ver-

änderungen im Nervensystem zeigt die Zusammengehörigkeit dieser Gruppe mit den weit häufigeren Fällen, welche besonders es sind, die unter dem Namen railway-spine beschrieben wurden.

Die Krankheitserscheinungen sind nur funktioneller Natur, und die wesentliche Ursache für die Entstehung derselben ist der Schreck, der psychische Shock; je heftiger dieser ist, desto bedeutendere Störungen in den verschiedenen Funktionen treten auf. Diese doch offenbar reflektorisch hervorgerufene Erschütterung des centralen Nervensystems, die wesentlich die psychische Sphäre begreift, hat, wie Charcot ausführt, eine Herabsetzung oder Verdunkelung der psychischen Selbständigkeit, des Willens und des Urteilsvermögens zur Folge. Auf dem Boden dieser veränderten Geisteszustände baut sich das Krankheitsbild auf. Zerrungen von Muskeln und Bändern, Quetschungen einzelner Gliedmassen gewinnen wegen der Veränderungen in der Psyche eine ganz besondere Bedeutung. Erstere beunruhigen den Patienten aufs höchste, da er die überall im Körper auftretenden Schmerzen nicht deuten kann, und führen leicht zur hypochondrischen Verstimmung, letztere bilden den Ausgangspunkt für die lokalisirten Äusserungen der Hysterie, für die Lähmungen, Kontrakturen, Anästhesien etc.

In diese grosse zweite Gruppe gehört auch der unter II. beschriebene Schutzmann.

Weil der Schreck die wesentliche Ursache für die hysterischen Erscheinungen, falls diese nach Unfällen auftreten, ist, so werden sie ausserordentlich selten beobachtet nach den allerschwersten Traumen, bei denen die Betroffenen lange Zeit das Bewusstsein verloren haben, durch einen tiefen Kollaps dem Rande des Grabes nahe waren. Diese Thatsache war auch Page auffallend, und er berichtet es erstaunt, wie oben erwähnt, ohne eine Erklärung zu finden. Und doch liegt dieselbe nahe: In diesen Fällen sind die Patienten allen aufregenden Scenen, die oft stundenlang bei Massenunglück, zumal Eisenbahnunfällen, auf die Psyche einwirken können, entzogen; ja das Bewusstsein ist in vielen Fällen geschwunden, ehe überhaupt ein Schreck empfunden worden ist.

Bei der dritten Gruppe, zu der unser Briefträger zu rechnen ist, spielt der Unfall eine ganz nebensächliche Rolle. Die Patienten geben mit Bestimmtheit an, dass sie sich nicht erschreckt haben, sich auch zunächst keine Gedanken über die Beschädigung gemacht haben, doch nehmen sie sich einige Tage Urlaub, um bei den vorhandenen Schmerzen sich zu schonen. Es handelt sich meist um Beamte oder Arbeiter, denen der Beruf eine rege Thätigkeit auferlegt. Bald aber melden sich die Schädlichkeiten der ungewohnten Musse, der veränderten Lebensgewohnheiten, und diese werden, wie leicht erklärlich, von den Patienten auf den Unfall zurückgeführt. Andere äusserliche Momente, persönliche Verhältnisse des Patienten spielen dann leicht eine Rolle, und es entwickelt sich das Bild der Hysterie mit ausgeprägt hypochondrischen Zügen. Der Unfall war nur eine Gelegenheitsursache; jedes andere unangenehme Erlebnis, zumal wenn es dem Betreffenden eine längere Bettruhe auferlegte, würde bei diesen Personen wohl in gleicher Weise wirksam sein.

Litteratur.

Erichsen: Über die Verletzungen der centralen Teile des Nervensystems etc. Aus dem Englischen von Kelp. Oldenburg 1868.

Rigler: Über die Folgen der Verletzungen auf Eisenbahnen. Berlin 1879.

P. Seifriz: Ein Beitrag zur Kenntnis von Railway-Spine. Berlin 1880.

Schmidts Jahrbücher 1882, 83, 84, 85.

Thomsen und Oppenheim: Über das Vorkommen und die Bedeutung der sensorischen Anästhesien.

Westphals Archiv für Psychiatrie. Bd. XV, H. 2 und 3.

H. Oppenheim: Die traumatischen Neurosen. Berlin 1889.

Sanitätsberichte über die deutschen Heere im Kriege 1870/71.

Page: Injuries of the spine and spinal cord and nervous shock. London 1885.

Charcot: Neue Vorlesungen über die Krankheiten des Nervensystems. Deutsche Ausgabe von S. Freud. Leipzig und Wien 1886.

A. Hückel: Die Hypnose etc. Jena 1888.

Zum Schlusse sei mir gestattet, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Prof. Jolly für die mir gewährte Anregung und Unterstützung, sowie für die gütige Überlassung des bezüglichen Materials meinen aufrichtigsten Dank auszusprechen.